



Ayaviri, 15 de septiembre del 2023

OFICIO N° 2089 -2023/GESTIÓN DE LA CALIDAD/D-RED SALUD MELGAR-DIRESA

SR.

Med. Carlos Ismael, CORNEJO-ROSELLO DIANDERAS
DIRECTOR DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD PUNO

ASUNTO: REMITO PLAN DE TRABAJO Y RESOLUCIÓN DIRECTORAL QUE APRUEBA EL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – AYAVIRI, DE LA UNIDAD EJECUTORA 401-915 SALUD MELGAR – 2023

REF.: OFICIO N°1113/2023-D/HOSPITAL-SJDD-AYAVIRI/RED MELGAR

ATENCIÓN: Dra. Belinda, HUANCAPAZA ONOFRE
DIRECTORA REGIONAL DE SGCS – DIRESA PUNO.

Me es sumamente grato de dirigirme a usted y por intermedio del presente pongo en conocimiento. Que, a fin de seguir contribuyendo en el proceso de cumplimiento de las actividades del Plan Anual de "Sistema De Gestión De La Calidad En Salud". Aprobado con RM N° 519-2006/MINSA, que contribuye en los procesos de mejora de la calidad en los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo a nivel nacional. En amparo a la RM N° 456-2007/MINSA, "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud", RM N° 270-2009/MINSA. Que, aprueba la "Guía Técnica para la Acreditación De Establecimientos de Salud", y el Decreto Supremo N° 021-2022-SA. Que, evalúa el "Cumplimiento de Metas Institucionales, Indicadores de Desempeño y Compromisos de Mejora de Servicios de Salud del periodo - 2023", con la Ficha N° 30. Y con la responsabilidad asumida; REMITO PLAN DE TRABAJO Y RESOLUCIÓN DIRECTORAL QUE APRUEBA EL PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS – AYAVIRI, DE LA UNIDAD EJECUTORA 401-915 SALUD MELGAR – 2023.

Adjunto:

- Resolución Directoral que Aprueba el Plan De Autoevaluación - 2023.
- Plan de Autoevaluación – 2023.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas

ATENTAMENTE,

C.e. Archivo/2023
GRAA

Carlos Ismael Cornejo Rosello
DIRECTOR REGIONAL DE SALUD PUNO

Dirección Regional de Salud Puno
TRAMITE DOCUMENTARIO

19 SEP 2023

Firma: [Signature] Hora: 10:34 Folios: 16
Control de Recepción



HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE AYAVIRI



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Ayaviri 15 de Setiembre del 2023

OFICIO N° 1131 /2023-D/HOSPITAL-SJDD-AYAVIRI/RED MELGAR

010042

SEÑOR : M.C CRHISTIAN QUISPE DELGADO.
ATENCIÓN : GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LA RED-MELGAR.
AUSNTO : REMITO RESOLUCION DE APROBACION DE PLAN DE AUTOEVALUACION DEL H.S.J.D.D-AYAVIRI

Por intermedio de la presente me es sumamente grato de dirigirme a usted, para saludarlo muy cordialmente y remitir la Resolución de **APROBAR EL PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI**, periodo 2023, el cual será fuente de verificación para el cumplimiento de las actividades del plan anual de los lineamientos de los procesos de mejora de la calidad de los indicadores de convenios de gestión 2023.

Adjunto:

- R.D N° 456-2023-D-RED-SALUD-MELGARU.RR.HH
- Plan de Autoevaluación del Hospital San Juan de Dios Ayaviri.

Sin otro particular agradezco de antemano, la gentil atención que se le brinde al presente documento, es propicia la oportunidad de expresarle el sentimiento de mi estima personal.

Atentamente



Lic. Cirilo Haucso Yapara
D.P. 39452
DIRECTOR
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - AYAVIRI

hospitalsanjuanadediosayaviri3@gmail.com

Dirección: Prolongación Progreso N°541 - Ayaviri



950000785



950000785



PERU

Ministerio
de Salud

Dirección Regional
de Salud Piura

Dirección Regional
de Salud Tarma

COPIA FIEL
DEL ORIGINAL



Resolución Directoral

Ayaviri, 15 de setiembre del 2023.

Vistos: El Memorandum N° 01387-2023-D-RED-SALUD-MELGAR y demás documentos adjuntos:

CONSIDERANDO:

Que, según Ley N° 26842 Ley General de Salud; Ley 27657 Ley del ministerio de Salud; Decreto Supremo N° 013-2002-SA Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud; Decreto Supremo N° 014-2002-SA, Reglamento de la Ley del Ministerio de Salud; definen políticas, estrategias conceptos y herramientas, para lograr que la atención de salud se desarrolle en un entorno seguro en los servicios de salud mediante la reducción de riesgos y mejora de la seguridad del paciente;

Que, mediante Resolución Ministerial N° 703-2008/MINSA en donde se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP.V.01: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", Así mismo, habiéndose formulado la propuesta de modificatoria de la mencionada norma técnica, cuya finalidad es contribuir a garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuentan con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos;

Que, mediante RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 456-2007/MINSA se aprueba la Norma Técnica de Salud N° 050-MINSA/DGSP-V. 02 para la Acreditación de Establecimientos, de Salud y Servicios Médicos de Apoyo; la misma que en sus disposiciones finales establece que se emitirá la Guía Técnica del Evaluador, documento que contiene la metodología de la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo;

Que, la Guía Técnica del Evaluador para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, tiene por finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación, buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macroprocesos gerenciales, prestacionales y de apoyo

Que, según la Resolución Ministerial N° 270-2009/MINSA se aprueban la Guía Técnica del evaluador, para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos. Como referencia Nacional de aplicación en los Establecimientos de Salud Públicos y Privados del Sector que pertenecen a los niveles I, II y la categoría III-1 en el ámbito nacional incluyendo a los servicios prestados por terceros. Teniendo como finalidad estandarizar el desarrollo de las evaluaciones en las dos fases del proceso de acreditación buscando lograr mayor precisión en la aplicación de los criterios de evaluación por parte de los evaluadores, para cada uno de los macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo;

Que, mediante Decreto Supremo N° 021-2022-SA., tiene como objeto definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora a cumplir en el año 2023, así como los criterios técnicos para su aplicación e implementación, para percibir la entrega económica anual a la que hace referencia el artículo 15 del Decreto Legislativo N° 1153, Decreto Legislativo que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado;

Que, mediante OFICIO N° 1128-2023-D-HOSPITAL-SJDDA-RSM., la Dirección del Hospital San Juan de Dios Ayaviri, solicita la aprobación del "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS" - AYAVIRI NIVEL II-1 AÑO 2023", establecimiento de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Melgar (00915), el cual será fuente de verificación para el cumplimiento de las actividades del Plan Anual y de los lineamientos del documento en los procesos de mejora de la calidad de Indicadores de Convenios de Gestión del 2023;

Que, en uso de las atribuciones conferidas en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General DECRETO SUPREMO N° 004-2019-JUS, Resolución Ejecutiva Regional N° 342-2019-GR PUNO y la Resolución Ministerial N° 963-2017/MINSA y Estando a lo dispuesto por la Dirección de la RED de Salud Melgar y; lo solicitado por la Dirección del Hospital San Juan de Dios - Ayaviri.

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°. - APROBAR el "PLAN DE AUTOEVALUACIÓN DEL HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS" - AYAVIRI NIVEL II-1 AÑO 2023", establecimiento de la Unidad Ejecutora 401 - Salud Melgar (00915), el mismo que consta de X acápites en doce (12) folios, que en anexo adjunto forma parte integrante de la presente Resolución Directoral, y por los motivos expuestos en la parte considerativa de la presente Resolución Directoral.

ARTÍCULO 2°. - DISPONER la notificación de la presente Resolución Directoral a las Instancias Administrativas pertinentes.

REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.


DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD MELGAR
DIRECCIÓN
M.C. Christian Qolspe Delgado
C.M.P. 19639 RMA, ABOGATE
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD MELGAR



PARA LOS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN A:

DOPMINSA ()	SERUM VIGIA ()
OPER/S R.S. PUNO ()	UPER - MELGAR ()
ANILLAS ()	INTERESADO ()
JTUAL ()	LEGAJO () - ARCHIVO ()
OTROS ()	OTROS: _____



"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

Ayaviri, 06 Setiembre del 2023.

OFICIO N° 033 - 2023/CALIDAD/HSJD-AYAVIRI/RED SALUD MELGA/DIRESA/PUNO

SEÑOR : LIC. CIRILO HANCCO TAPARA
DIRECTOR H.S.J.D.D.A

DE : LIC. MARGOTH AGUIRRE ATENCIO
RESPONSABLE DE CALIDAD DEL HOSPITAL -AYAVIRI.

ATENCIÓN : **UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS – RED MELGAR.**

ASUNTO : **SOLICITO EMISION DE RESOLUCION DIRECTORAL DE APROBACION DEL PLAN DE AUTOEVALUACION DE ACREDITACION DEL HOSPITAL S. J. D. D. A**

Me es sumamente grato de dirigirme a Usted y por intermedio de la presente; **SOLICITO LA APROBACION MEDIANTE RESOLUCION DIRECTORAL DEL "PLAN DE AUTOEVALUACION DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI NIVEL II-1, PERIODO 2023,** en amparo a la R.M N°456-2007/MINSA, "N T S" para la acreditación de establecimientos de salud, R. M 270-2009/MINSA, que aprueba la "Guía técnica para la acreditación de establecimientos de salud", y el Decreto Supremo N° 021-2022-SA, que evalúa el cumplimiento de metas institucionales, indicadores de desempeño y compromiso de mejora de servicios de salud del periodo 2023, con la ficha N° 31. Por ellos se Solicita a su despacho, se emita el memorándum a quien corresponda para la aprobación mediante Resolución Directoral.

- Se adjunta plan de Autoevaluación del Hospital San Juan de Dios Ayaviri 2023

Sin otro particular agradezco de antemano, la gentil atención que le brinde al presente documento, es propicia la oportunidad de expresarle las consideraciones de mi estima personal.




LIC. ENF. MARGOTH AGUIRRE ATENCIO
RESPONSABLE DE CALIDAD DEL HSJD-A.
CEP. 47007 RNA. 00045



PERU

Ministerio
de Salud

DIRECCIÓN REGIONAL
DE SALUD AYAVIRI



RED DE SALUD
MIEGAK

HOSPITAL SAN JUAN
DE DIOS - AYAVIRI

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS AYAVIRI AYAVIR



PLAN DE AUTOEVALUACION PARA LA ACREDITACION AÑO 2023

OFICINA DE GESTION DE LA CALIDAD EN SALUD

EQUIPO DE AUTOEVALUADORES INTERNOS

AYAVIRI - PERU





PERU

Ministerio
de Salud

UNIVERSIDAD



RED DE SALUD
MELGAR

HOSPITAL SAN JUAN
DE DIOS - AYAVIRI

LIC. CIRILO HANCCO TAPARA
DIRECTOR H.S.J.D.D-AYAVIRI

LIC. MARGOTH AGUIRRE ATENCIO
JEFE OFICINA GESTION DE LA CALIDAD

TEC. ENF. RICARDO ARIZACA JAUREGUI.
APOYO OFICINA GESTION DE CALIDAD





PERU

Ministerio
de Salud

DIRECCIÓN
NACIONAL



RED DE SALUD
MIRAFLORES

HOSPITAL SAN JUAN
DE DIOS - AYAJAJA

INDICE

1. INTRODUCCION
2. JUSTIFICACION
3. FINALIDAD
4. OBJETIVOS
5. ALCANCE
6. BASE LEGAL
7. METODOLOGIA DE LA EVALUACION
8. DISPOSICIONES GENERALES
9. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS
10. DISPOSICIONES FINALES
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES





1. INTRODUCCION

Uno de los objetivos de las Políticas de Salud en el Perú es mejorar el acceso de la población a una Atención integral de calidad con énfasis en la población más vulnerable, siendo en la actualidad una necesidad De los Servicios de Salud el evidenciar que su desempeño en una Variable que permanentemente está evolucionando hacia la mejora continua.

El proceso de acreditación es muy importante para la sostenibilidad del sistema de gestión de la calidad.

La Acreditación es una de las metodologías más importantes del componente de garantía y mejoramiento de la calidad.

El proceso de Autoevaluación es la fase de inicio para la Acreditación y está a cargo del equipo de Auto evaluadores internos del Hospital San Juan de Dios Ayaviri.

La Acreditación de establecimientos de salud en el país tiene dos fases. Autoevaluación y evaluación externa.

La Ley general de salud, en el artículo N° 37, 38, 42 establece cumplir con la acreditación, así mismo el reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo en el artículo N° 101 la favorece. Para la OPS, la calidad es el conjunto de características de los bienes y servicios que logran satisfacer las necesidades y expectativas tanto del usuario interno y usuario externo que presta sus servicios dentro del equipo de atención.

Entre los lineamientos de política sectorial es un derecho acceder a un servicio de salud de calidad, como condición indispensable del desarrollo humano, en ese sentido consideramos que es oportuno mejorar y fortalecer la calidad de nuestros servicios a través del desarrollo de procesos y procedimientos adecuados para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

Por tal razón mejorar la calidad de un servicio es un proceso permanente y requiere del compromiso total del comité de autoevaluación. El presente Plan de Autoevaluación del Hospital San Juan de Dios intenta establecer un cronograma de acciones a desarrollar por el equipo





PERÚ

Ministerio de Salud

EMPRESA PERÚ



RED DE SALUD
MEJORAR

HOSPITAL SANCTI
DE DIOS AYAYMTI

evaluador interno conformado por profesionales multidisciplinarios quienes tendrán las responsabilidades de contrastar, analizar, valorar y recomendar a cerca de los procesos que se vienen ejecutando en los niveles asistenciales y administrativos en base a estándares de calidad definidos para sugerir procesos de mejora continua de la calidad.

En ese sentido el Ministerio de Salud desarrolla e impulsa la Autoevaluación de las instituciones prestadoras de salud, con la finalidad de contribuir y garantizar a los usuarios y al sistema de salud que los establecimientos de salud o servicios médicos de apoyo, según su nivel de complejidad, cuenten con capacidades para brindar prestaciones de calidad sobre la base del cumplimiento de estándares nacionales previamente definidos.

La Autoevaluación es un proceso que implica aplicación de normas y estándares de calidad, para poder alcanzar el nivel óptimo en el cual los usuarios puedan percibir seguridad, calidad, equidad; los que permitirán promover acciones de mejoramiento continuo en la atención de salud.

2. JUSTIFICACION.

El Documento Técnico "Sistema de gestión de la Calidad en Salud", en su componente de Garantía y Mejora establece la implementación del proceso de acreditación de los servicios de salud; así como el documento técnico de "Política Nacional de Calidad en Salud" en su séptima política, plantea como objetivo, mejorar la calidad de la atención de salud de manera sistemática y permanente a través de la aplicación de la estrategia, la Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo.



El nivel Nacional estableció los criterios técnicos para definir los indicadores de desempeño y compromisos de mejora de los servicios a cumplir en el año 2023, donde incorporan la autoevaluación como indicador de, proceso de mejora para el presente ejercicio fiscal y se pone como meta llegar a un mayor o igual 78 % de calificación.

El objetivo principal de la Autoevaluación es ir mejorando cada año el porcentaje alcanzado cosa que se evidencia en nuestra Institución



La acreditación se basa en el principio de comparar una Institución con una serie de estándares previamente establecidos y que definen los principios generales de lo que se considera el desempeño y se puede constituir en un mecanismo para desencadenar procesos de mejoramiento continuo.

Para tal fin en el marco del lineamiento de política del sector de salud, el Ministerio de salud aprobó la NTS N° 050-MINSA/DGSP-V.02 para la acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo por lo que al Hospital San Juan de Dios Ayaviri conformado un equipo evaluador interno, corresponde evaluación del nivel de cumplimiento de estos estándares de calidad para el fortalecimiento de los servicios y posterior acreditación.

3. FINALIDAD

Gestionar el proceso de Autoevaluación del Hospital San Juan de Dios en el marco normativo vigente y el Plan Táctico de la Oficina de Gestión de la Calidad; evidenciando el grado de cumplimiento de los estándares de Acreditación desde una perspectiva práctica y sistémica.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Garantizar que el Hospital San Juan de Dios Ayaviri cumpla con los estándares de Acreditación, como mecanismo de gestión y evaluación de la calidad en la atención y de esta manera poder Acreditar.

4.2 OBJETIVO ESPECIFICO

- Garantizar la conformación oficial del equipo de Acreditación de acuerdo a la Norma Técnica de Acreditación del MINSa.
- Garantizar la conformación oficial del equipo de Auto evaluadores internos.
- Desarrollar la Autoevaluación Institucional del Hospital San Juan de Dios Ayaviri según la NT. de Acreditación de Establecimientos de salud del MINSa.





PERU

Ministerio
de Salud

DIRECCIÓN
GENERAL
DE SERVICIOS
DE APOYO



REDA DE SALUD
MELGAR

HOSPITAL SAN JUAN
DE DIOS AYAVIRI

- Monitorear las acciones de mejora continua según los resultados obtenidos en la autoevaluación.
- Realizar acciones de mejora para el cumplimiento de los criterios de los estándares de Acreditación.
- Realizar auditorías de historias clínicas de manera mensual en todos los servicios y de esta manera cumplir con los estándares de acreditación.
- Uniformizar los procedimientos para la autoevaluación.
- Establecer pautas para la organización y autoevaluación durante el proceso de la evaluación interna.

5. ALCANCE

Este plan es de aplicación en todo el Hospital San Juan de Dios Ayaviri en los servicios asistenciales y administrativos.

6. BASE LEGAL

- Ley N° 26790. "Ley de Modernización de la Seguridad Social"
- Ley N° 26842 "Ley General de Salud"
- Ley N° 27657 "Ley del Ministerio de Salud"
- Ley N° 27783 "Ley de Bases de la Descentralización"
- Ley N° 27806 "Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública"
- Ley N° 27813 "Ley del Sistema Nacional Coordinado y descentralizado de Salud".
- Ley N° 27867 "Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales"
- D.S. N° 008-2017-SA que aprueba el "Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud"
- D.S. N° 023-2005-SA que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- D.S. N° 013-2006-SA, que aprueba el "Reglamento de Establecimientos de Salud y de Servicios Médicos de Apoyo".
- RM N° 456-2007/MINSA, aprueba la Norma Técnica N° 050 MINSA/DGSP-V.02 de Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios Médicos de apoyo.





- RM 270-2009/MINSA, aprueba guía técnica del evaluador para la Acreditación

7.- DISPOSICIONES GENERALES

- El proceso de acreditación comprende la fase de autoevaluación y evaluación externa.

7.1. DEFINICIONES OPERATIVAS

- **Evaluador Interno:** es el trabajador de salud que desarrolla la fase de autoevaluación del Proceso de acreditación.
- **Evaluador Externo:** es quien desarrolla la fase de la evaluación externa del proceso de Acreditación.
- **Macroproceso:** es un proceso de mayor complejidad en una organización el cual agrupa a varios procesos de acreditación.
- **Proceso:** conjunto de etapas sucesivas de una operación (administrativa, asistencial, etc.) que genera un resultado que agrega valor globalmente.
- **Trazabilidad:** conjunto de acciones y procedimientos que permiten identificar y registrar cada una de las evaluaciones desde el inicio hasta el final.

7.2. CONCEPTOS BASICOS

Acreditación: Proceso de evaluación externa, periódico, basado en la comparación del desempeño del prestador de salud con una serie de estándares óptimos y factibles de alcanzar, formulados y conocidos por los actores de la atención de la salud, y que está orientado a promover acciones de mejoramiento continuo de la calidad de atención y el desarrollo armónico de las unidades productoras de servicios de un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo.

Gestión de la Calidad: Es el componente de la gestión Institucional que determina y aplica la política de la calidad, los objetivos y las responsabilidades en el marco del sistema de gestión de la calidad y se llevan a cabo mediante la planificación, garantía y mejoramiento de la calidad.

Mejoramiento Continuo de la Calidad: Es una metodología que implica el desarrollo de un proceso permanente y gradual en toda la organización, a partir de los instrumentos de garantía de





la calidad con el fin de cerrar brechas existentes, alcanzar niveles de mayor competitividad y encaminarse a constituir una organización de excelencia.

Planificación de la Calidad: Es la acción que permite definir las políticas generales y objetivos de calidad, a partir de los cuales se articularán los esfuerzos posteriores de compromiso y participación en el proceso de desarrollo e implementación del Sistema de Gestión de la Calidad en salud.

Sistema de Gestión de la Calidad en Salud: Es el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia técnica y evaluar a los establecimientos de salud del sector y a sus dependencias públicas y privadas del nivel nacional, regional y local en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

Atención de salud: Conjunto de prestaciones que se brindan a la persona, la familia y la comunidad para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Atributos de calidad: Propiedades o requisitos que identifican la prestación y que permiten caracterizarla en niveles óptimos deseados.

Autoevaluación: Fase inicial obligatoria de evaluación del proceso de acreditación, en la cual los establecimientos de salud que cuentan con un equipo institucional de evaluadores internos previamente formados, hacen uso del Listado de Estándares de Acreditación y realizan una evaluación interna para determinar su nivel de cumplimiento e identificar sus fortalezas y áreas susceptibles de mejoramiento.

Criterios de evaluación: Parámetros referenciales que determinan el grado de cumplimiento del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

Establecimiento de salud: Aquellos que realizan en régimen ambulatorio o de internamiento, atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas, la familia y la comunidad.

Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

Estándar de estructura: Nivel de desempeño deseado sobre recursos materiales, organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asistencial asignada, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como las tareas de Gestión de los servicios.





Estándar de proceso: Nivel de desempeño deseado de todos los pasos que se deben realizar Para desarrollar la labor asistencial, recuperativa, rehabilitadora, de promoción de la salud o prevención de la enfermedad así como también las labores de gestión.

Estándar de resultado: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado objetivo en Salud.

Evaluación externa: Fase final de evaluación del proceso de acreditación que se orienta a confirmar de manera externa los resultados obtenidos respecto al cumplimiento de los estándares de acreditación en la fase anterior de autoevaluación. Es una fase necesaria para acceder tanto a la Constancia para la Acreditación como a la Resolución Ministerial o Resolución Ejecutiva Regional según corresponda de la condición de Acreditado.

Informe técnico de la autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la Autoevaluación realizada por los evaluadores internos y en el cual se precisa el desarrollo del proceso ejecutado, las observaciones, el puntaje alcanzado y las recomendaciones para conocimiento de la autoridad institucional.

7.3. REQUERIMIENTOS BASICOS

- Evaluadores seleccionados y capacitados.
- Norma Técnica N° 050-MINSA/DGSP-V.02 Acreditación de Establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo y documentos técnicos afines.
- Listado de estándares de acreditación para establecimientos de salud con categorías I-1 HASTA II-2 y servicios médicos de apoyo.
- Hojas de registro de datos para la evaluación y recomendaciones.
- Aplicativo informativo para el registro y procesamiento de resultados



7.4. ESTRATEGIAS

- Presentar el Plan al Comité de Gestión y Jefes de Servicios y Unidades.

Autoevaluación interna.

- Capacitar al equipo de autoevaluación interna.
- realizar la ejecución y su respectivo reporte.



7.5. METODOLOGIA

Luego de la distribución del Equipo Autoevaluador, se procederá con la capacitación concerniente a la Norma Técnica de Acreditación de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, Guía Técnica del Evaluador, Listado de estándares nacionales de acreditación y referencias normativas, en donde se proporcionará las Hojas de Registro de Datos de Autoevaluación, Hojas de Recomendaciones.

Las técnicas de evaluación empleadas durante la autoevaluación por macro procesos, son las siguientes:

- Revisiones documentarias.
- Auditorias.
- Observaciones.
- Encuestas.

8. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

La Oficina de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital San Juan de Dios Ayaviri, el inicio del proceso de autoevaluación.

La oficina de Gestión de la Calidad deberá comunicar a la Dirección Ejecutiva del Hospital San Juan de Dios Ayaviri, el fin del proceso de autoevaluación y remitir el Informe Técnico correspondiente.

9. DISPOSICIONES FINALES

El Plan de Autoevaluación para la Acreditación 2023, debe contar con la aprobación de la Dirección Ejecutiva.

La Dirección del Hospital San Juan de Dios Ayaviri tiene la responsabilidad de hacer cumplir el Plan De Autoevaluación para la Acreditación 2023.

La Dirección Ejecutiva del Hospital San Juan de Dios Ayaviri a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, Evaluará y priorizará las sugerencias del Informe Técnico de la Autoevaluación, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.

La Dirección del Hospital San Juan de Dios Ayaviri a través de la Oficina de Gestión de la Calidad, deberá promover la consecuente implementación de Planes de mejora continua según las recomendaciones priorizadas de los informes técnicos de la Autoevaluación, en los diferentes niveles administrativos y asistenciales.





PERÚ
Ministerio
de Salud

Corporación



Ministerio de Salud
Sistema Nacional de Acreditación



10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

COMPONENTE/ACTIVIDAD Y TAREAS	U. DE MEDIDA	META	CRONOGRAMA												FUENTE VERIFICABLE	RESPONSABLE	
			I TRIM			II TRIM			III TRIM			IV TRIM					
			E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
1.- Conformar el equipo de Acreditación a nivel de H.S.J.D.D-AYAVIRI	Documento	01							X							Resolución Directoral.	Director-hospital - Y Oficina Gestión De Calidad
2.- Conformar el equipo de Evaluadores internos a nivel de H.S.J.D.D-AYAVIRI	Documento	01														Documento aprobado RD	Director Red Y Resp. De Calidad
3.- Elaboración y aprobación con RD del Plan de Autoevaluación	Plan	01								X						Documento aprobado RD	Director Red, hospital Y Resp. De Calidad
5.- Comunicación del inicio de Autoevaluación.	Documento	01									X	X				Documento recibido	Responsable de Calidad y Comité.
6.- Monitoreo de la ejecución de Autoevaluación	Informe	01											X			Informe	Resp. De Calidad y Comité
7.- Informe Técnico de la Autoevaluación, por los evaluadores Internos por mesa de partes de la Dirección de la Unidad Ejecutora 401-915 Salud Melgar.	Informe Anual	71													X	Informe técnico final de ejecución de la Autoevaluación y anexos	Responsable Evaluadores Y RESP. CALIDAD del HOSPITAL.
8.- Socializa el resultado de evaluación interna y realiza planes de mejora en las UPSS.	Informe	01													X	Informes	Jefe de UPSS responsable de calidad de Hospital Y Comité.



[Signature]
 DIRECTORA GENERAL DE CALIDAD
 GER. 471017 - RHA 00045